Fiche Inscription CQP/ALS

2017 / 2018

A retourner à :
COREG EPGV Hauts de France
519A av de Dunkerque - 59160 LOMME
☎ 03 20 88 27 30 -@ hauts-de-france@epgv.fr
www.sport-sante.fr/hdf.html

EPGV Comité Régional Hauts-de-France

Stagiaire :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de naissance / / Lieu : _____

Adresse _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ N° Sécurité sociale : _____

Courriel : _____

Numéro licence EPGV: _____ Nom du club: _____

Profession : _____

Vous êtes

☐ Dirigeant ☐ Club ☐ CODEP ☐ COREG ☐ Fédération
☐ Technicien ☐ Animateur EPGV ☐ Formation Brevet professionnel ou Brevet d'Etat
☐ Licencié EPGV

Photo

Formation envisagée

Intitulé de la formation _____

Date de la formation _____

Prise en charge financière de la formation

☐ Formation entreprise à titre professionnel (OPCA) ☐ Formation entreprise à titre personnel
☐ Formation payée par le club

Situation personnelle

Vous êtes : ☐ Salarié du secteur privé ☐ Salarié du secteur public ☐ Travailleur indépendant ☐ Demandeur d'emploi
☐ Autre préciser _____

Pièces à joindre à cette fiche d'inscription:

- 1 photo d'identité
- 6 timbres tarif 20g
- prix de la licence : 39,50 euros à l'ordre du Coreg EPGV
- 1 chèque de caution de 200 euros à l'ordre du Coreg EPGV

Le demandeur déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente des prestations de formation.

Lu et approuvé
Date, cachet et signature

Comment avez-vous connu la formation ?

☐ Site internet ☐ Facebook ☐ Recherche internet ☐ Par un club EPGV ☐ Autre

Les informations recueillies dans ce bulletin d'inscription feront l'objet d'un traitement informatisé exclusivement réservé au Service des Formations, sauf avis contraire de votre part. Vous disposez d'un droit d'accès à ces données comme le stipule la loi du 6 janvier 1978 dite loi "Informatique et liberté".

Fiche de liaison

Section
Nom et Signature du responsable de la section

CODEP/COREG (dont dépend le stagiaire)
Nom et **Signature du Président de la structure**

CONSEILLER TECHNIQUE RÉGIONAL
en charge de la formation (dont dépend le stagiaire)
Nom et **signature avec avis éventuel**